DE LA RÉCLINATION CAPSULO-LENTICULAIRE,

N° 263.

OU

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE AVEC UNE AIGUILLE NOUVELLE;

SUIVI DE

QUELQUES PROPOSITIONS DE MÉDECINE,

1°. sur les maladies mentales,
2°. sur les accouchemens,
3°. sur les maladies de la peau,
4°. sur celles des vieillards.

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 21 août 1833, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR GILBERT-CAMILLE BERGEON, d'Ébreuil,
Département de l'Allier;

Interne des hôpitaux et hospices civils de Paris, Lauréat de l'École pratique, Prosecteur de l'hôpital Saint-Antoine; Membre titulaire de la Société anatomique, de la Société des Dermatophiles, Bachelier ès-sciences de l'Académie de Paris.

Duo præcipui sunt medicinæ cardines, ratio scilicet et observatio.
BAGLIVI.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1833.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. ANDRAL, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	BROUSSAIS.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN, Président.
Clinique chirurgicale	BOYER. JULES CLOQUET. DUPUYTREN, Examinateur. ROUX, Suppléant.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT, DUBOIS.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Bayle.	Hatin.
Bérard (Auguste).	Hourmann.
Blandin.	Jobert.
Boyer (Philippe).	Laugier.
Briquet.	Lesueur, Examinateur.
Brongniart.	Martin Solon, Examinateur.
Broussais (Casimir).	Piorry.
Cottereau.	Requin.
Dalmas.	Sanson (aîné), Suppléant.
Dubled.	Sanson (Alphonse).
Guérard.	Royer-Collard.
	Trousseau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

En vous offrant ce faible travail, je fais bien peu sans doute pour payer la dette immense que votre amour et vos bontés sans nombre m'ont fait contracter envers vous; mais en le dédiant à vous seuls, j'espère vous prouver que nul n'a les mêmes droits à ma reconnaissance.

G.-C. BERGEON.

AVANT-PROPOS.

Il est assez ordinaire qu'à la fin des études médicales (surtout quand on a eu le précieux avantage d'observer par soi-même dans les hôpitaux de la capitale), on éprouve un grand embarras dans le choix d'une thèse : on voudrait traiter de tous les sujets sur lesquels on a fait des remarques importantes, et cependant cela n'est pas possible. Je soupçonne que c'est à cette cause que nous sommes redevables de cette nouvelle méthode de présenter des thèses, consistant à émettre, sous forme de propositions aphoristiques, toutes les idées que l'on croit importantes ou nouvelles.

Sous ce rapport, cette manière de faire offre bien quelques avantages; cependant, comme elle présente beaucoup moins de difficulté que la méthode des monographies, il faut craindre de mériter les reproches de paresse; c'est donc dans le double but d'éviter ces reproches et de réunir les avantages des deux côtés, que j'ai suivi dans cette dissertation une marche combinée.

M'étant beaucoup occupé des maladies des yeux, et surtout de la cataracte, j'ai cherché dans un nouveau pro-

cédé, et dans une nouvelle aiguille, un moyen qui, à *la facilité*, joignît *la sûreté* dans l'opération. Ainsi le but que je me suis proposé est, 1°. de simplifier l'opération de la cataracte; 2°. de rendre le même instrument et le même procédé applicables à tous les cas de cette maladie; 3°. de détruire plus facilement certaines adhérences de la capsule cristaline à l'iris, *quand elles ne sont pas trop étendues;* 4°. enfin (et c'est le but principal), de prévenir les cataractes secondaires, qui sont, comme on le sait, la conséquence presque nécessaire de la capsule restée en place.

J'ai donné à mon procédé le nom de *réclination capsulo-lenticulaire*, pour faire bien comprendre que dans le *renversement* et non la *dépression* de la cataracte, je déplace tout à la fois et le cristallin et sa capsule. Jusqu'à présent les essais que j'ai faits sur le vivant me font espérer que je ne serai point trompé dans mon attente; c'est-à-dire qu'en rendant service à la science, j'en aurai rendu à l'humanité.

Ayant eu le bonheur d'être successivement interne dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, et dans les hôpitaux Saint-Louis et Saint-Antoine, j'ai pu étudier pratiquement, pendant cinq années, presque toutes les spécialités; c'est pour cette raison qu'en terminant ma thèse j'ai émis, sous forme de simples propositions, des idées auxquelles j'aurais été heureux de donner beaucoup plus de dévelop-

pement, si je n'avais dû m'imposer des bornes dans cette dissertation. En conséquence, je traiterai, 1°. des maladies mentales; 2°. des accouchemens; 3°. des maladies de la peau ou dermatoses; 4°. enfin des maladies des vieillards.

Qu'il me soit permis de témoigner ici publiquement ma gratitude aux maîtres habiles qui m'ont guidé dans mes études médicales: en plaçant en première ligne le nom de M. *Rostan*, je lui rends une justice, car je lui dois beaucoup: aussi la bienveillance dont il m'a honoré ne s'effacera-t-elle jamais de ma mémoire. Je prie MM. *Ferrus*, *Lélut*, *Biett*, *Alibert* et *Piorry*, de recevoir mes remercîmens sincères pour les leçons qu'ils m'ont données avec tant de bonté; je les adresserai également à M. *Sichel*, médecin allemand, d'une grande distinction, qui a bien voulu me diriger dans l'étude des maladies des yeux. Je témoignerai aussi d'une manière toute particulière à M. le professeur *Cruveilhier* combien je lui suis reconnaissant pour m'avoir autorisé à opérer dans son service, et sous sa direction, un grand nombre de cataractes à la Salpêtrière. Mais il me reste encore une dette à acquitter, qui, pour être ancienne, n'en est pas moins sacrée : le savant auteur du *Catarrhe utérin*, M. *Blatin*, mon oncle, et M. *Fleury*, professeurs à l'École secondaire de Clermont-Ferrand, en dirigeant mes premiers pas dans la carrière médicale, ont certainement acquis un titre impéris-

sable à ma reconnaissance. Enfin je n'ai pas de mots pour exprimer à M. *Bérard* jeune combien j'ai été sensible à l'amitié dont il n'a cessé de me donner des preuves journalières pendant tout le temps que j'ai passé à son école; je n'oublierai jamais le service immense qu'il m'a rendu, en me faisant pratiquer sur le vivant toutes les grandes opérations de notre art. Puissé-je avoir profité de son génie chirurgical et de son talent d'opérateur !

En terminant cet avant-propos, qu'il me soit permis encore d'exprimer un regret à cette illustre Faculté où j'ai puisé mes leçons, celui de ne pouvoir lui présenter, en ce jour mémorable pour moi, un travail plus digne d'elle et des récompenses qu'elle a bien voulu m'accorder.

DE

LA RÉCLINATION

CAPSULO-LENTICULAIRE,

OU

NOUVEAU PROCÉDÉ D'ABAISSEMENT DE LA CATARACTE AVEC UNE AIGUILLE NOUVELLE.

La cataracte étant une maladie qui consiste dans un obstacle au passage des rayons lumineux, ayant son siége dans le cristallin ou ses annexes, on a dû constamment avoir pour but, dans son traitement, soit de ramener à son état normal le corps qui est le siége de cet obstacle, soit de détruire l'obstacle lui-même, et de rendre, par ce moyen, à la lumière le libre accès qu'elle avait auparavant aux parties les plus profondes du globe oculaire.

Le premier moyen de guérison est à peu près complètement abandonné aujourd'hui : en effet, ce n'est guère que dans le début de la cataracte que l'on pourrait espérer d'en arrêter la marche par des applications médicamenteuses ; mais lorsque cette maladie est tout à fait déclarée, son traitement devient exclusivement du domaine de la

chirurgie, et il faut nécessairement retirer de l'œil le corps qui s'oppose au passage des rayons lumineux, ou bien le déplacer en le laissant dans le globe oculaire, ce qui constitue deux méthodes essentiellement différentes l'une de l'autre : la première a reçu le nom de *méthode par extraction*, la seconde celui de *méthode par abaissement.*

Depuis un certain nombre d'années, quelques chirurgiens français, et surtout les chirurgiens allemands, ont employé une troisième méthode, qui a pour but la résorption de la cataracte après sa discission ou son broiement; et, comme cette méthode s'exécute en perforant avec une aiguille la cornée transparente, on lui a donné le nom de *kératonyxis.* Mais il est évident ici que c'est moins la perforation de la cornée transparente que le *broiement* du cristallin qui constitue véritablement cette troisième méthode. Or, comme il est juste de dire que le broiement n'est pas plus particulier à la kératonyxis qu'à la scléroticonyxis, je trouve que c'est bien à tort qu'on a donné le nom de *méthode* à la kératonyxis; car elle n'est, en dernière analyse, qu'un procédé particulier de l'abaissement. Quoi qu'il en soit, toutes les manières d'opérer la cataracte peuvent rentrer dans l'une de ces trois méthodes : ainsi le procédé que je vais décrire pourra être rapporté à celle par déplacement.

Certainement, de quelque manière qu'ils s'y prennent, tous les opérateurs se proposent d'enlever l'obstacle au passage des rayons lumineux. Les mains exercées réussissent quelquefois complètement, d'autres fois d'une manière incomplète; enfin, dans un certain nombre de cas, malheureusement trop fréquens, leurs efforts, d'abord couronnés de succès, sont plus tard annihilés en tout ou en partie. Depuis *Scarpa*, l'histoire des cataractes secondaires est trop connue pour que j'aie besoin de la faire ici avec détails; je vais donc me contenter d'indiquer ses causes principales : elles tiennent toutes à l'inflammation oculaire, mais elles peuvent être produites d'une manière différente : ainsi, tantôt c'est par la formation d'une pseudo-membrane accidentelle qui s'est formée derrière l'iris, et qui en bouche l'ouverture pupillaire; tantôt (et c'est de beaucoup la cause la plus fré-

quente des cataractes secondaires) la lame antérieure de la capsule cristalline n'ayant pas été détruite, ou n'ayant, ainsi que la postérieure, été déchirée qu'incomplètement, les lambeaux de membrane deviennent opaques, et privent une seconde fois de la vue les malheureux qui, pour recouvrer cette précieuse faculté, avaient couru les chances d'une opération ordinairement peu douloureuse, il est vrai, mais quelquefois suivie d'accidens fort graves, et toujours infiniment redoutée par les malades qui doivent la supporter.

La fréquence des cataractes secondaires n'est pas une chose en litige ; ce serait donc rendre un grand service à la science que d'indiquer une manière d'opérer qui dût prévenir l'accident fâcheux que je viens de signaler. J'avoue que tel a été le but principal que je me suis proposé ; j'ai voulu aussi trouver un moyen qui, par son excellence et sa facilité, fît terminer l'interminable débat de l'extraction et de l'abaissement. Pour cela, j'ai eu besoin, je ne dirai pas d'inventer un nouvel instrument, mais de modifier beaucoup l'un de ceux qu'emploient les fauteurs de l'abaissement. Ma tâche paraîtra sans doute bien difficile à remplir : aussi m'estimerais-je heureux quand même je n'aurais fait que quelques pas vers le but que je veux atteindre ; car alors tous mes efforts n'auraient pas été complètement infructueux.

Décrire l'instrument qui me sert pour opérer, le procédé que j'emploie ; faire ressortir les avantages que je lui trouve sur ceux usités jusqu'à ce jour ; aborder franchement les inconvéniens qu'il peut présenter, telle est la marche que je vais suivre dans cette dissertation.

L'aiguille que j'emploie, et à laquelle je donne le nom de *réclinateur*, a la longueur totale des aiguilles ordinaires ; elle se compose d'une lame ayant deux faces, l'une convexe antérieure (par rapport à l'opéré) ou iridienne ; l'autre concave postérieure ou cristalline (car je préviens que je me servirai indistinctement de ces dénominations). La convexité de la face antérieure ou iridienne résulte de la réunion de deux pans qui forment une arête mousse sur la ligne médiane. La

face postérieure n'a de concavité que dans son diamètre longitudinal, qui est de quatre lignes ; elle est tout à fait plane transversalement, et diffère beaucoup en cela de l'aiguille de *Scarpa*, qui offre une vive arête dans ce sens, et de celle de M. *Dupuytren*, qui présente aussi un renflement dans le même sens, quoiqu'il soit moins prononcé que dans l'aiguille du professeur de Pavie. Le diamètre transversal de cette face est d'une ligne et demie; sa concavité est telle, qu'elle correspond exactement à la convexité du cristallin. La pointe de l'aiguille, loin de se prolonger d'une manière très-déliée, comme celle de M. *Dupuytren*, se termine au contraire assez brusquement, comme les lancettes à grain d'orge, par exemple. La forme générale de cette petite lame est celle d'un ovale un peu allongé et recourbé sur lui-même. Les deux bords peuvent être distingués en supérieur et en inférieur : le premier doit être parfaitement tranchant dans toute son étendue; le second n'a besoin de l'être que dans sa première moitié en partant de la pointe : cette dernière disposition est prise ici pour éviter la lésion de l'iris, ainsi qu'on le verra plus tard. Les deux tranchans de la lame se terminent, du côté de la tige, à une partie rétrécie qui porte le nom de *collet*, et au-delà duquel se trouve une marque bleuâtre longue de deux lignes, qui est d'un grand avantage pour faire connaître jusqu'à quel point il est permis d'enfoncer le réclinateur dans le globe oculaire. C'est la même indication qu'a voulu remplir *Graefe* en ajoutant à son aiguille une petite barre transversale; mais ne voit-on pas de suite tout le vice d'un pareil moyen? La tige métallique qui supporte l'extrémité de l'aiguille a une longueur d'un pouce ou d'un pouce et quart. Enfin, le manche dans lequel la tige est introduite a la longueur des aiguilles ordinaires; il est à quatre pans; l'un d'eux correspond à la face cristalline : il est parcouru dans toute son étendue par deux petites lignes parallèles, de couleur noire, si le manche est en ivoire, et de couleur blanche, si on l'a fait en ébène. Sur le pan qui correspond à la face iridienne de l'aiguille se trouvent, au contraire, trois petites marques arrondies, également séparées les unes

des autres; les deux pans du manche, qui correspondent aux tranchans de la lame, n'ont aucune marque particulière, et doivent par cela même être toujours facilement distingués.

J'ai déjà dit que, dans mon procédé, je me proposais d'enlever aussi complètement que possible non-seulement le cristallin en totalité, mais encore toute sa capsule, et de les repousser intacts dans une partie de l'œil où ils ne pourront plus mettre d'obstacle à la vision. Si j'atteins ce but, il faudra bien convenir que j'ai trouvé la solution d'un problème fort difficile, et qui du reste nous a été posé par l'illustre *Scarpa* dans son ouvrage sur les maladies des yeux. Voici comme il s'exprime (traduct. de la 5e. édit. par MM. Fournier-Pescay et Bégin) : « Ce qui s'oppose le plus souvent à la réussite complète de l'o-« pération de la cataracte, quelle que soit la méthode adoptée, ce « n'est jamais le cristallin, malgré sa densité plus ou moins considé-« rable, mais bien la capsule du cristallin attaquée, et plus particu-« lièrement la convexité antérieure de cette capsule. *Il serait bien à « désirer que l'on parvînt à trouver un moyen facile et efficace qui permît « au chirurgien, dans toutes les manières d'opérer la cataracte, de sépa-« rer exactement, en même temps que le cristallin opaque, la capsule en-« tière de la lentille de la zone ciliaire à laquelle elle est attachée, comme « on l'obtient quelquefois par un hasard heureux et non prévu.* »

C'est précisément cette dernière indication que je veux remplir par mon procédé. Je sais bien que certains partisans de l'abaissement se proposent à peu près le même but : nous verrons bientôt comment on a voulu l'atteindre, et surtout si l'on y est parvenu ; j'exposerai ensuite mes idées à cet égard. Mais pour me faire mieux comprendre, il est indispensable que je rappelle en peu de mots la manière dont le cristallin et sa membrane sont fixés dans l'œil ; et pour qu'on ne m'accuse pas de partialité ou d'exagération dans la description que je pourrais faire, je vais copier textuellement un anatomiste qui honore l'école d'aujourd'hui, et dont l'autorité ne sera révoquée en doute par personne : c'est M. *Jules Cloquet* qu'on va lire (Manuel d'anatomie, in-4°.).

« De l'intervalle des procès ciliaires et de la surface même de leur « extrémité antérieure, se détachent une innombrable quantité de pe- « tits filamens arrondis, transparens, réunis en faisceaux, que je crois « avoir fait connaître le premier, et qui se dirigent vers la circonfé- « rence du cristallin pour s'attacher à sa membrane, qu'ils fixent ainsi « solidement. Ces filamens s'épanouissent, les uns sur la surface anté- « rieure de la capsule du cristallin, les autres sur sa face postérieure, « mais ne s'étendent pas à plus d'une ligne de sa circonférence. On « ne peut les apercevoir, à cause de leur extrême ténuité et de leur « transparence, à moins d'avoir fait macérer l'œil ouvert dans une dis- « solution de gallate de fer : c'est alors seulement qu'on peut étudier « leur disposition. Ils forment comme autant de petits tendons, qui « tiennent en place la capsule du cristallin et ce corps lui-même. Bien « plus visibles encore dans certains animaux que dans l'homme, ces « filamens ont été à tort regardés comme la lame antérieure de la « membrane hyaloïde, à laquelle ils adhèrent en arrière seule- « ment, à l'endroit où ils se séparent du cercle ciliaire. Ce sont eux « qui forment la paroi antérieure du prétendu *canal godronné* de « *Petit.* »

Examinons maintenant comment on se comporte dans les procédés d'abaissement employés jusqu'à ce jour. Pour ne pas être trop fastidieux, je ne vais analyser que les trois principaux, savoir : celui des anciens, celui de *Scarpa* et enfin celui de M. *Dupuytren.*

Dans le procédé des anciens, l'aiguille, introduite transversalement dans la chambre postérieure de l'œil, était ensuite portée sur le bord supérieur du cristallin, puis l'on appuyait de haut en bas jusqu'à ce qu'il fût *déprimé* au-dessous de l'ouverture pupillaire. On voit ici que l'on agissait absolument comme si le cristallin n'eût pas été enveloppé dans une capsule particulière : aussi arrivait-il souvent que cette capsule, tiraillée et déchirée incomplètement, formait un lien qui ne tardait pas à rappeler le cristallin à sa première place. Ce corps avait d'autant plus de disposition à cela, qu'étant déplacé de champ et non renversé, il était toujours environné par l'humeur

aqueuse, qui facilitait son ascension, et nullement retenu par l'humeur vitrée, qui s'y serait opposée. Frappé de cet inconvénient, *Ferrein*, en 1707, proposa, dans une dissertation présentée à l'Académie des sciences de Montpellier, d'inciser la capsule à sa partie antérieure et inférieure. Le cristallin, il est vrai, glissait bien plus facilement de l'intérieur de sa capsule, mais celle-ci n'était pas dérangée de place, et l'on conçoit avec quelle facilité devaient arriver les cataractes secondaires.

Le procédé de *Scarpa* ne diffère pas beaucoup de celui de M. *Dupuytren :* l'introduction de l'instrument, dans les deux cas, se fait par la chambre postérieure de l'œil, et la dépression du cristallin est à peu de chose près la même : seulement *Scarpa* saisit le cristallin par son côté interne, et M. *Dupuytren* par sa partie centrale. C'est surtout l'aiguille qui fait la différence essentielle des procédés de ces deux hommes célèbres : celle du premier offre une vive arête sur la face concave, tandis que celle du second est à peu près plane des deux côtés; elle est pourtant un peu renflée sur ses deux faces, et comme elle n'a qu'une largeur d'une demi-ligne, ce léger renflement suffit pour lui faire partager un peu l'un des inconvéniens de celle du professeur de Pavie, c'est-à-dire qu'elle coupe quelquefois le cristallin dans le moment où l'on veut l'abaisser ; il n'est jamais possible de détacher tous les lambeaux de la capsule; souvent on ne fait que les fendre en plusieurs endroits, et il en reste toujours en place, malgré tous les soins de l'opérateur.

Du reste, je me plais à reconnaître que M. *Dupuytren* insiste avec raison pour qu'on détruise *une grande partie* de la capsule cristalline. Son aiguille me paraît préférable à toutes celles qu'on a faites avant lui ; son procédé opératoire est aussi basé sur des règles sages et bien entendues; cependant (ainsi que je chercherai à le démontrer un peu plus loin), je crois qu'il est possible de perfectionner encore et son instrument et son procédé.

Mais, avant que de donner la description du mien, je considère comme très-important d'énumérer les principales formes de la cata-

racte : on sait qu'elle peut avoir son siége dans le cristallin, dans sa capsule, dans l'humeur de *Morgagni*, ou enfin dans toutes ces parties à la fois. Dans le premier cas, elle peut être dure, molle, ou enfin tout à fait déliquescente; dans le second, elle peut occuper le disque antérieur de la capsule, son disque postérieur, ou tous les deux à la fois. Enfin il existe des exsudations pseudo-membraneuses, résultant souvent de l'inflammation de l'iris, qui jouent le rôle de la cataracte, qui y ressemblent un peu, mais qui n'en sont pas. *Bëer* leur a donné le nom de *fausses cataractes ;* il en fait un grand nombre de subdivisions que je ne rapporterai pas, n'ayant pas pour but de décrire minutieusement toutes les variétés de la cataracte ; je n'ai fait la précédente énumération que pour rappeler qu'un grand nombre de chirurgiens choisissent tel ou tel procédé et même telle ou telle méthode, d'après l'espèce de cataracte qu'ils ont cru reconnaître. Cela dit, faisons maintenant une comparaison (un peu grossière, il est vrai, par rapport au sujet délicat que nous avons à traiter) ; supposons que, sur une partie quelconque du corps, un doigt, par exemple, ou un poignet, l'on veuille pratiquer une désarticulation, quel est le premier précepte à suivre dans cette circonstance? N'est-ce pas de couper d'abord tous les ligamens qui tiennent réunies les deux surfaces articulaires? Les membres ne tombent-ils pas comme par enchantement sous la main de l'opérateur, quand il a suivi ce sage conseil? eh bien! c'est le même conseil que je viens donner ici pour l'opération de la cataracte : détruisez à l'avance tous les ligamens qui fixent la capsule cristalline, et vous aurez ensuite la plus grande facilité à enlever toute cette capsule avec son cristallin. Vous n'éprouverez d'autre résistance que celle opposée naturellement par le corps vitré, et vous n'aurez pas surtout la crainte, si fondée auparavant, de voir survenir une cataracte secondaire après votre opération. J'ai déjà fait connaître l'instrument que je propose pour obtenir ce précieux résultat, voici maintenant la description du procédé :

Le malade étant convenablement préparé, et sa pupille préalablement dilatée par l'extrait de belladone ou de jusquiame, on le fera coucher

dans un lit placé en face d'une croisée, mais tellement disposé cependant que le jour tombera un peu obliquement sur la cornée. La tête du malade sera relevée par un traversin et deux oreillers; ses bras, placés sous la couverture, seront facilement retenus par elle. Un aide se tiendra derrière le chevet du lit, dont le bois, à cet effet, sera peu élevé; il placera une main derrière le cou du malade, tandis que de l'autre il relèvera la paupière supérieure : par ce moyen, la tête et la paupière se trouveront invariablement fixées. Le chirurgien, assis sur le côté du lit opposé à celui de l'œil qu'il devra opérer, trouvera, dans la couche même du malade, un point d'appui d'autant plus commode qu'il pourra le prendre partout où il voudra. L'œil du malade étant tourné en haut et en dedans, l'aiguille sera alors saisie comme une plume à écrire, de la main droite (si c'est sur l'œil gauche qu'on opère) *et vice versâ*, puis les deux derniers doigts étant appliqués sur la tempe, et l'aiguille dirigée transversalement, de manière que sa face convexe soit supérieure, le chirurgien la portera à deux lignes et demie en arrière de la cornée transparente, et à une ligne au-dessous du diamètre transversal de l'œil; par un mouvement subit de ponction, il introduira alors toute la lame de l'aiguille derrière le cristallin, mais s'arrêtera au collet de l'instrument dont on comprend sans peine les avantages pour ce temps de l'opération. Toutes les précautions que je viens d'indiquer doivent être prises pour ne pas blesser l'artère ciliaire longue. Au moment où la pointe de l'aiguille touchera la sclérotique, l'extrémité du manche devra être assez basse; mais il faudra la relever peu à peu, à mesure que la lame pénétrera dans l'intérieur de l'œil. Avant de passer au second temps de l'opération, on devra faire tourner légèrement le manche de l'aiguille dans ses doigts, de manière que sa face pointée, de supérieure qu'elle était, devienne antérieure. L'aiguille se trouve alors derrière le cristallin dans la même position qu'elle devra occuper bientôt au devant de ce corps. Pour exécuter ce second temps, on baissera la lame en relevant le manche; le bord supérieur, qui est le seul tranchant dans toute son étendue, sera peu à peu dirigé en avant; on le fera passer

doucement sous la capsule du cristallin, dont il coupera de cette manière tous les ligamens inférieurs et une moitié des externes; il sera ensuite relevé en passant au-devant du cristallin et de sa capsule. Quelque transparente que soit cette dernière, il sera toujours très-facile, avec un peu d'attention, de reconnaître si l'aiguille se trouve au-devant d'elle ou dans son intérieur. Supposons d'abord le cas le plus heureux, on coupera tous les ligamens internes de la capsule cristalline avec la pointe de la lame, puis l'on portera son tranchant supérieur contre les ligamens supérieurs, et la moitié restante des ligamens externes; enfin, l'aiguille étant ramenée derrière la pupille et dans une direction un peu oblique, on passera au troisième et dernier temps, je veux dire la réclination du cristallin et de sa capsule entière : pour cela on renversera ce corps en arrière, en bas et un peu en dehors, en portant le manche de l'aiguille en haut et en dedans. Ce dernier temps de l'opération est si facile, que l'on est quelquefois étonné de la promptitude avec laquelle il s'opère. Il faudra maintenir le cristallin ainsi déprimé pendant quelques instans, afin que l'humeur vitrée revienne sur lui et l'empêche de se relever; on peut même, pour plus de sûreté, tourner le manche avec douceur dans ses doigts, de manière que sa face pointée devienne inférieure, et que sa face linéaire soit placée en haut.

L'on conçoit que par ce moyen il devient très-facile d'appuyer sur le cristallin, avec la face convexe de l'aiguille, lors même qu'on ne pourrait plus la distinguer au fond de l'œil, et que l'on n'a pas la crainte de blesser la rétine et la choroïde avec la pointe du réclinateur. Je suppose maintenant qu'en faisant passer l'aiguille sous le cristallin et la ramenant derrière l'iris, on pénètre entre la lentille et sa capsule, au lieu de chercher à recommencer ce temps de l'opération ce qui ne laisserait pas que d'irriter l'iris, il vaut mieux porter la pointe du réclinateur au travers de cette capsule, en dirigeant l'extrémité du manche très-fortement vers la tempe du malade. Ainsi saisie, la cristalloïde est déchirée dans la plus grande partie de son étendue, et se trouve entraînée avec le cristallin. Lorsqu'on veut

retirer l'aiguille du globe oculaire, et que sa face linéaire est tournée en haut, on doit relever graduellement l'extrémité du manche; il faut au contraire la baisser peu à peu quand c'est la face pointée qui est dans cette direction. On voit que, jusqu'à présent, dans le procédé opératoire, j'ai seulement considéré la première variété de la première espèce de la cataracte, c'est-à-dire celle qui est *cristalline dure*. Je devrais maintenant examiner le cas où elle est *molle*, celui où elle est *diffluente*, enfin ceux où elle est *capsulaire* et *mixte;* mais comme mon procédé est applicable à tous ces cas, je ne décrirai rien en particulier, me réservant d'en dire un mot en parlant des nombreux avantages que j'attribue à mon aiguille *réclinateur*.

Avantages de mon procédé.

1°. L'opération est *plus facile* que dans les autres méthodes;

2°. Elle est *plus efficace*.

Afin de mieux développer ces deux avantages, qui sont immenses à mon avis, je vais passer en revue l'action des aiguilles dans les différentes espèces de cataractes.

A. *Cataracte cristalline dure.*

Dans ce cas, qui n'est pas le plus ordinaire, je reconnais que l'on abaisse le cristallin *en entier*, de quelque aiguille que l'on se serve; seulement il tombera sous le sens de tout le monde qu'avec une aiguille large on renversera *plus facilement* ce corps opaque qu'avec une aiguille d'une plus petite dimension. Si l'on place cette dernière en travers du cristallin, il arrive souvent qu'on le fait basculer à moitié, pendant long-temps, avant de pouvoir en opérer la réclination; si au contraire on entre la pointe de l'aiguille dans sa substance, comme le font *Scarpa* et M. *Dupuytren*, on éprouve quelquefois de la difficulté à dégager l'instrument, et le cristallin remonte au moment où l'on veut retirer l'aiguille de l'intérieur de l'œil. Mais il ne suffit pas de déplacer le cristallin, on sait qu'il faut né-

cessairement déplacer ou détruire en même temps sa capsule ; on verra bientôt l'avantage de mon aiguille pour atteindre ce second résultat.

B. *Cataracte cristalline molle.*

C'est ici surtout que se fait sentir toute l'utilité de mon instrument : que l'on se serve de l'aiguille de *Scarpa*, ou même de celle de M. *Dupuytren*, au lieu d'être renversé d'une seule pièce, il arrivera *presque constamment* que le cristallin sera coupé en plusieurs fragmens à chaque coup d'aiguille que l'on donnera. Or, dans ces cas, il est fort difficile de les déplacer tous; ce n'est qu'avec la plus grande peine que l'on parvient à rendre nette l'ouverture pupillaire; souvent même cela devient impossible ; l'on abandonne alors la guérison à la nature. Je sais bien que quelquefois cette nature prévoyante se charge de la résorption des fragmens du cristallin, ainsi que l'ont prouvé *Pott, Adams, Scarpa, Bëer, Dupuytren* et beaucoup d'autres chirurgiens du premier mérite, par des observations bien authentiques ; mais aussi combien de fois les forces de cette même nature ne restent-elles pas impuissantes ! Souvent alors rien n'est absorbé, et dans d'autres cas moins malheureux, il reste toujours quelques portions de la lentille qui gênent plus ou moins la vue. Qu'on ne pense pas que mes assertions sur ce point sont idéales ou inventées à plaisir, je parle par expérience ; mais au reste voici une autorité plus irrécusable que la mienne. On lit dans le Dict. de chirurg. pratique de *Samuel Cooper* : « Lorsque la cataracte est d'une consistance molle ou caséeuse, il ar- « rive *souvent* que les particules qui la composent restent derrière la « pupille dans l'axe visuel, malgré tous les efforts que l'on fait avec « l'aiguille pour les déplacer. » Quelques alinéas plus avant, on lit encore :

« Quand, pendant l'opération par réclinaison, un cristallin d'une « consistance molle et pulpeuse jusque dans son noyau central, se « brise en plusieurs morceaux, il est nécessaire, afin de n'avoir pas « plus tard une cataracte lenticulaire secondaire *très-considérable*, de « mettre les gros fragmens, *un à un*, dans un état de réclinaison,

« tandis que les petits peuvent être déprimés directement ou bien « être poussées dans la chambre antérieure de l'œil. » C'est d'après *Bëer* que *Cooper* donne ce conseil ; et cependant que de longueur, que de difficultés dans l'exécution !

C. *Cataracte cristalline liquide ou laiteuse.*

Continuons encore à citer *Samuel Cooper*, afin de ne rien avancer d'une manière hasardée. « Lorsque la cataracte est liquide ou laiteuse, il arrive « souvent qu'en passant la pointe de l'aiguille à travers la couche antérieure de la capsule, la substance d'un blanc laiteux que renferme ce « sac se répand aussitôt, se mêle à l'humeur aqueuse des deux chambres « de l'œil, et forme un nuage qui cache entièrement l'iris, la pupille et « l'instrument; *mais cette circonstance ne doit pas décourager l'opérateur.* »

Voici maintenant ce que dit *Scarpa* à cet égard : « Quand un liquide laiteux se mêle à l'humeur aqueuse et empêche le chirurgien « de voir l'iris et la pupille (je crois que l'on peut ajouter ici et *l'instrument*, sans forcer pour cela la pensée de l'auteur italien), cette « circonstance l'éclaire sur la nature de la cataracte qu'il traite, et « lui indique la méthode opératoire qu'il doit employer. Guidé par « ses connaissances anatomiques sur la structure de l'œil, *il doit faire « décrire par la pointe de l'aiguille un segment de cercle de l'angle interne de l'œil vers l'angle externe, et un peu en arrière*, comme s'il « voulait déprimer une cataracte dure. »

On trouve dans l'ouvrage de *Sabatier* (Annotations de MM. *Sanson* et *Bégin*) : « Les cataractes molles, pulpeuses ou lactescentes *se brisent « constamment* sous l'aiguille qui les presse, et ne sauraient être déplacées en totalité. »

Ainsi, plus de doute à cet égard ; les cataractes *molles* sont constamment brisées par les aiguilles employées jusqu'à présent, et il est fort difficile, pour ne pas dire impossible, de les déplacer complètement. Quant aux cataractes *laiteuses*, malgré qu'on ne distingue plus rien dans les humeurs de l'œil, il faut néanmoins (d'après les au-

teurs ci-dessus énoncés) continuer l'opération, *agir en aveugle*, en un mot, aux risques et périls du malade : voilà qui est bien positif. Je pourrais bien davantage multiplier les citations à cet égard; mais elles seraient complètement inutiles, car les principes que je viens de rapporter sont presque généralement adoptés par les partisans de l'abaissement de la cataracte.

Les conseils que je donne, dans ces deux derniers cas de cataracte, ne diffèrent nullement de ceux des auteurs que je viens de citer. La seule différence qui existe entre ces maîtres célèbres et moi, c'est que mon aiguille me donne la possibilité de faire, dans quelques cas avec beaucoup de facilité (cataracte molle), et dans d'autres (cataractes laiteuses) moins facilement, il est vrai, mais toujours d'une manière sûre, ce qu'ils ne peuvent obtenir que d'une manière difficile, incomplète et souvent fort hasardeuse, savoir, la dépression de toutes les parties de la cataracte.

Dans les cas de cataracte *laiteuse*, je ne blesserai jamais les membranes intérieures de l'œil, parce que, d'une part, guidé par le collet de mon aiguille, je suis sûr de ne l'enfoncer jamais plus profondément qu'il ne le faudra, et que, de l'autre, malgré le défaut de transparence des milieux de l'œil, la largeur de mon aiguille et son volume, bien supérieur à celui des autres aiguilles, me permettra toujours de distinguer sa position derrière l'iris, avant que d'appuyer sur les restes du cristallin et sur sa capsule. D'ailleurs, je veux bien admettre que le trouble de l'œil soit suffisant pour me cacher la lame de mon instrument : n'a-t-on pas, dans les marques bien connues du manche, un moyen certain de connaître très-exactement la situation de la lame?

Mais je sens ici le besoin de démontrer que, dans les cataractes moyennement molles, cette aiguille ne doit point briser la substance du cristallin, et doit, au contraire, la déplacer en totalité, ou du moins en très-grande partie. Pour cela, établissons un parallèle. Avec l'aiguille de *Scarpa* et celle de M. *Dupuytren*, on a, sur la face concave, une arête plus ou moins vive, qui joue toujours, plus

ou moins, le rôle de tranchant ; il n'y en a pas sur la face concave de la mienne, car elle est tout à fait plane d'un côté à l'autre. La largeur de l'aiguille des deux hommes célèbres que je viens de citer est à peine d'une demi-ligne, sa longueur de deux à trois lignes; la largeur de la mienne est d'une ligne et demie, et sa longueur de quatre. N'est-il pas évident qu'appuyant sur une bien plus grande surface à la fois, mon aiguille doit éprouver de la part du cristallin une résistance plus grande que celle des auteurs ci-dessus dénommés? Enfin, dans leurs procédés, le disque antérieur de la capsule est préalablement déchiré ; cette membrane, quelque faible qu'elle soit, ne peut donc pas, comme dans mon procédé, servir d'auxiliaire au cristallin, pour prévenir sa division par l'aiguille.

D. *Cataracte capsulaire et cataracte capsulo-lenticulaire.*

Je réunis ces deux variétés, parce que je ne crois pas possible de les distinguer l'une de l'autre avant l'opération, et parce que les mêmes règles leur sont applicables.

Voici les préceptes de *Bëer* à cet égard : « Lorsque c'est une cata-« racte *capsulo-lenticulaire* complètement formée sur laquelle on doit « opérer, si la capsule opaque est si mince qu'elle se déchire pen-« dant qu'on tourne le cristallin, ce dernier corps, il est vrai, sera « logé au fond de l'œil dans la position convenable ; mais la capsule, « qui a été seulement *lacérée*, formera une cataracte secondaire, à « moins que le chirurgien, à l'aide d'*une aiguille à deux côtés tran-« chans*, ne la divise aussitôt dans tous les sens, et ne la porte aussi « loin que possible de la pupille. »

En vérité, je n'ai rien à ajouter aux préceptes de *Bëer ;* il semble que cet ophthalmologiste célèbre ait écrit pour moi, ou plutôt pour faire ressortir les avantages d'un instrument qu'il ne connaît pas encore.

Oui, je le répéterai après cet auteur allemand, les aiguilles ordinaires et d'une petite dimension ne font que *lacérer* la capsule cris-

talline ; il leur est toujours impossible de l'enlever complètement et de la précipiter au fond de l'humeur vitrée. Il faut donc, ainsi que *Bëer* nous le recommande, préférer dans ce cas particulier une aiguille à deux tranchans, et je n'en connais pas de comparable à la mienne, puisque l'on peut avec elle couper tous les liens de la capsule, et la précipiter facilement dans la partie déclive de l'œil.

E. *Cataracte capsulaire partiellement adhérente à l'iris.*

Dans les cas où cette disposition existera, si les adhérences ne sont pas fort étendues, il m'est encore prouvé, par expérience, que l'on peut avec assez de facilité les détruire par le tranchant de mon réclinateur : pour cela, il suffit d'agir lentement et avec douceur dans le second temps de l'opération, en faisant *scier*, en quelque sorte, le tranchant supérieur de l'aiguille.

F. *Cataracte capsulaire complètement adhérente à l'iris.*

J'ai la douce espérance de rappeler, jusqu'à un certain point, la vision même dans ces cas si difficiles ; par ce moyen, je rendrais *curables* un certain nombre de cataractes regardées jusqu'à ce moment comme *incurables*. Pour arriver à ce résultat, il faudra exécuter les deux premiers temps de mon procédé comme dans les cas simples ; mais comme l'aiguille ne peut faire autrement que de passer entre le cristallin et sa capsule, et non entre cette même capsule et l'iris, on procédera de suite au renversement du cristallin seul, en ayant égard aux recommandations que j'ai déjà faites par rapport au collet de l'instrument et aux marques du manche ; puis, ramenant la face convexe de la lame derrière l'iris, on inclinera fortement l'extrémité du manche vers la tempe ; enfin on fera entrer la pointe de la lame dans l'ouverture pupillaire, et, pour cela, l'on percera la capsule opaque en poussant l'aiguille d'arrière en avant. Lorsque sa pointe sera devenue apparente dans la chambre antérieure, on lui fera exécuter un ou plusieurs mouvemens

d'avant en arrière, et l'on pourra, par ce moyen, désobstruer en grande partie l'ouverture de l'iris ; mais il n'y aura pas possibilité de lui rendre sa contractilité et ses mouvemens.

3°. Jusqu'à présent je n'ai pas insisté sur les raisons qui m'ont fait établir l'arête mousse sur laquelle viennent se perdre les deux pans de la face convexe de mon aiguille. Je vais maintenant les exposer : c'est d'abord une condition importante dans la structure de l'aiguille, qui, sans cela, aurait été exposée à se briser au moment de la perforation de la sclérotique. Mais l'avantage le plus grand que je lui reconnais, c'est d'écarter l'iris du tranchant qui est chargé de séparer la capsule, dans les cas d'adhérence avec cette membrane musculeuse. Quoiqu'elle soit moins nécessaire dans les cas de non-adhérence, l'arête est toujours un moyen de préserver l'iris de l'action tranchante de l'aiguille : c'est donc un nouvel avantage que je ne retrouve pas dans les autres aiguilles à cataracte.

4°. En admettant (ce que j'ai prouvé plus haut) qu'un cristallin peu dur ait été coupé en plusieurs fragmens par l'aiguille ordinaire, tandis qu'il aurait été respecté dans le procédé que j'emploie ; en supposant enfin qu'à force de temps et de patience l'on soit parvenu, dans le premier cas, à déprimer complètement le cristallin ainsi *partagé*, ne voit-on pas qu'il y aura bien plus de chances que dans le second, pour que l'un ou plusieurs des fragmens du cristallin abandonnent la place où on les aura laissés, et viennent un peu plus tard obstruer la vision ? en un mot, la cataracte ne remontera-t-elle pas plus facilement que dans les cas où le cristallin *entier* aura été déprimé convenablement dans le fond de l'humeur vitrée ?

5°. Je vais faire encore une supposition, et admettre qu'un cristallin déplacé par ma méthode revienne à sa première place ; j'admettrai la même hypothèse après une opération où ce corps aura été coupé en plusieurs parties et non entièrement résorbé ; je supposerai enfin que

dans l'un et l'autre cas le chirurgien soit obligé d'en venir plus tard à une seconde opération, n'est-il pas évident qu'il sera plus facile de saisir et de déplacer un corps *unique* assez volumineux, qu'un corps *divisé* en parties plus minimes?

6°. J'ai rappelé plus avant la distinction importante des cataractes cristallines, capsulaires et de *Morgagni*, et j'ai dit que souvent, d'après telle ou telle nature de cataracte, les chirurgiens se décidaient à choisir telle ou telle méthode, et même tel ou tel procédé; avec le mien l'on ne doit plus avoir cet embarras, car le diagnostic devient ici presque indifférent; et cela doit être, puisque dans tous les cas il sera facile d'enlever complètement la cataracte et de la précipiter en entier dans l'humeur vitrée.

7°. Les humeurs de l'œil sont beaucoup moins broyées, et par conséquent moins endommagées dans mon procédé que dans celui que l'on suit ordinairement, puisqu'il est de précepte, dans ce dernier, d'arracher avec l'aiguille tous les lambeaux de la capsule que l'on apercevra après l'abaissement du cristallin, et que, dans les cas où ce corps mou s'est laissé couper en plusieurs fragmens, on est quelquefois obligé de revenir à un grand nombre de coups d'aiguille pour déprimer tous les morceaux du cristallin.

8°. Mon instrument étant plus large que l'aiguille ordinaire, s'aperçoit beaucoup mieux au travers de la pupille, et il est bien plus facile d'en suivre la manœuvre dans l'intérieur de l'œil. C'est un fait qui peut être attesté par tous ceux qui m'ont vu opérer sur le vivant.

9°. On sait qu'en général une plaie faite par un instrument tranchant est moins facilement suivie d'inflammation que celle produite par un instrument piquant. On s'explique difficilement ce résultat, mais enfin il est assez ordinaire. Quoique la lame de mon aiguille ne

soit pas fort large, cependant elle agit à la manière des intrumens tranchans.

10°. Dans les procédés ordinaires, on pénètre directement dans la chambre postérieure de l'œil, et lorsqu'on veut renverser le cristallin, l'on a à surmonter la résistance de l'humeur vitrée, qui est contenue, ainsi que tout le monde le sait, dans les mailles d'une membrane particulière, l'hyaloïde. Dans le procédé que j'emploie, la simple introduction de mon aiguille derrière le cristallin suffit pour couper les mailles antérieures de l'hyaloïde, et facilite par ce moyen le renversement de la cataracte au milieu de l'humeur vitrée.

11°. Enfin, il me reste à parler d'un dernier avantage, le plus grand de tous, sans contredit, celui vers lequel tous mes efforts ont tendu depuis que je me suis occupé de l'opération de la cataracte, celui qui donne véritablement la solution du problème de l'illustre *Scarpa*, et qui consiste à *prévenir les cataractes secondaires.* S'il est vrai que sur vingt cas cette maladie soit produite dix-neuf fois par l'inflammation et l'obscurcissement de l'un des disques de la capsule restée en place, ou de tous les deux à la fois, l'on sera forcé de reconnaître que l'on a dix-neuf chances de plus pour éviter la cataracte secondaire, car dans mon procédé la capsule entière est déprimée au fond de l'œil.

Objections que l'on pourrait faire à la réclination capsulo-lenticulaire. Réponses à ces objections.

Avant d'essayer mon instrument sur les personnes vivantes, j'ai dû me faire une foule d'objections, car on ne doit jamais tenter un moyen nouveau quand on n'a pas pour soi les probabilités de la théorie. J'ai donc examiné ces objections sous toutes leurs faces, et après les avoir détruites par le raisonnement, je me suis cru autorisé à faire mes premiers essais sur le vivant. Il résulte de là que les ré-

ponses à mes propres argumens doivent offrir aujourd'hui un double caractère d'authenticité, celui de la théorie et de l'expérience.

1°. La première objection que je me suis faite, et qui m'a peut-être donné les plus vives inquiétudes, consiste dans la possibilité de vider le globe de l'œil, ou tout au moins de laisser échapper une grande quantité de l'humeur vitrée, en faisant à la sclérotique une plaie d'une ligne et demie de largeur.

Les essais sur le cadavre d'abord, et sur le vivant plus tard, m'ont prouvé que mes craintes étaient trop exagérées : quand on opère avec attention, c'est-à-dire, en ne comprimant pas trop fort le globe oculaire avec les doigts qui cherchent à le fixer, il ne s'écoule jamais plus d'un à trois grains de l'humeur vitrée : or, quand on songe que, malgré la sortie *de la moitié* de ce liquide dans quelques opérations de cataracte par extraction, la vue n'a pas été perdue, l'esprit des opérateurs doit entrer en grande sécurité sur les suites de ce petit accident (si tant est que c'en soit un), et j'admire en vérité la pusillanimité du docteur anglais M. *Hey*, qui, dans la composition d'une aiguille à cataracte, ayant une pointe aplatie et tranchante, donne à la tige qui lui fait suite, une grosseur tellement prononcée qu'il ne puisse pas s'écouler un seul atome des humeurs de l'œil. Ainsi ce chirurgien aimait mieux gêner les mouvemens de son aiguille que de s'exposer à laisser sortir la plus légère quantité des humeurs de l'œil. Je ne suis pas de son avis.

2°. L'opération est peut-être beaucoup plus douloureuse que dans l'abaissement ordinaire?

Je puis assurer que si la douleur est plus forte qu'avec l'aiguille ordinaire, la différence est infiniment peu de chose; d'ailleurs cette différence n'existe que dans le premier temps de l'opération, je veux dire la ponction de la sclérotique.

3°. La crainte de l'introduction d'une lame volumineuse dans l'œil n'est pas mieux fondée que les autres. Il suffit d'agir avec précaution,

de ne pas blesser les parties importantes de l'œil pendant qu'on passe au-devant du cristallin ; car, du moment où l'on fait la réclination, ce n'est pas l'aiguille qui peut froisser les parties de l'œil, puisqu'elle est précédée par le cristallin dans l'arc de cercle qu'elle décrit.

4°. Mais, me dira-t-on, avec votre aiguille vous êtes plus exposé à blesser l'iris?

Je n'accepte pas davantage ce reproche. Je puis dire d'abord que cela ne m'est pas encore arrivé. Rappelant ensuite la configuration de mon aiguille, je ferai observer que l'arête mousse de la face convexe est au contraire une garantie en quelque sorte contre la lésion de cette membrane.

5°. Il n'y a qu'une seule circonstance où l'on soit exposé à blesser l'iris, et même à produire son décollement à la partie inférieure de sa circonférence : c'est dans les cas d'adhérences considérables de l'iris à la capsule et au cristallin.

Mais au rapport de M. le professeur *Boyer*, cet accident (le décollement partiel) n'est pas à redouter extraordinairement. D'ailleurs, dans les cas d'adhérences générales, on n'indique que la pupille artificielle comme moyen de rétablir la vision ; cette dernière opération serait donc faite à moitié.

6°. Peut-être m'objectera-t-on que je ne parviens jamais à détacher, sans l'ouvrir en quelques points, la capsule cristalline, et que, dans les cas de cataracte laiteuse, mon procédé n'a aucun avantage sur les autres, puisque ce liquide s'épanchera toujours dans les chambres de l'œil.

A cette double objection, je répondrai, premièrement, qu'il est fort peu important que la capsule du cristallin soit ou ne soit pas ouverte ; j'admettrai même qu'elle le soit le plus ordinairement, et je demanderai à mon tour où sera l'inconvénient, dès-lors que les deux

disques seront plongés d'une manière certaine dans une partie très-déclive de l'œil. Quant au liquide laiteux de la cataracte de *Morgagni*, cela ne doit nullement inquiéter : certainement il s'épanchera dans les chambres de l'œil; mais aussi il sera certainement absorbé. L'essentiel, dans cette circonstance, est encore de détacher la capsule et de la déprimer, ainsi que le cristallin, s'il n'est pas converti lui-même en liquide blanc ; or, j'espère y parvenir facilement avec mon aiguille.

7°. Si l'on m'objectait que l'aiguille de M. *Dupuytren* pourrait peut-être suffire pour détacher, ainsi que je le fais, la capsule du cristallin, je répondrais d'abord qu'à moi en appartient le premier conseil ; ensuite j'engagerais les opérateurs à essayer l'une et l'autre aiguille, et je m'en rapporterais à leur bonne foi pour décider la question de savoir si celle que je propose mérite la préférence.

8°. On pourra me dire aussi que le cristallin, entouré de sa capsule, ne sera jamais résorbé. A cela je répondrai que ce fait n'est pas prouvé; mais, en l'admettant, où serait l'inconvénient, pourvu que ce corps reste constamment au-dessous de l'axe des rayons visuels? Or, j'ai déjà prouvé plus haut qu'il était facile d'obtenir ce résultat avec mon instrument.

9°. Mais vous laissez un corps étranger au milieu de l'humeur vitrée ?

Comment pourrait-on avoir une semblable idée sur un organe qui a toujours existé dans l'œil, dont la nature et la composition chimique sont presque identiquement les mêmes que celles de l'humeur vitrée, et qui se trouve seulement un peu dérangé de place?

10°. La seule objection véritablement fondée que l'on pourrait me faire, c'est qu'en glissant sur l'iris et en touchant le corps ciliaire en

quelques points, je puis donner lieu à une inflammation interne du globe oculaire.

Je reconnais toute la solidité de cette objection, et loin de l'atténuer, je désire, au contraire, fortement fixer l'attention de mes lecteurs sur elle; mais j'ajouterai que les autres procédés et les autres aiguilles ne sont pas davantage exempts des reproches que j'adresse à mon instrument, et je profiterai de cette occasion pour recommander la plus grande attention pendant le second temps de l'opération, car c'est le seul qui expose à des dangers réels. Enfin, je terminerai en disant que, pour prévenir ces dangers, il ne suffit pas d'avoir un instrument commode et d'être chirurgien habile, il faut encore être médecin; car, je ne crains pas de le dire, le traitement d'un opéré de la cataracte est une chose tout aussi difficile que l'opération elle-même.

Là se termine ma tâche, ne m'étant point imposé celle de compléter la thérapeutique de la cataracte.

N.B. L'aiguille que je soumets en ce jour à la Faculté de médecine a été exécutée par M. *Charrière*, coutelier habile, qui, je me plais à le dire ici, m a singulièrement secondé dans la confection de mon instrument.

PROPOSITIONS DE MÉDECINE

§ I. *De l'aliénation mentale.*

I.

Nulle part peut-être la funeste prédisposition de l'hérédité n'a été mieux démontrée que dans les maladies mentales. Parmi les nombreux aliénés que j'ai eu l'occasion de voir pendant mon internat à Bicêtre, j'en ai à peine rencontré un sur quatre où cette fâcheuse influence n'avait pas exercé son action. MM *Ferrus* et *Lélut* sont tellement convaincus de cette assertion, qu'ils portent encore plus loin la proportion en faveur de l'hérédité. Mon ami et ancien collègue, M. le docteur *Fabre*, établit la même proportion que moi; MM. *Foville* et *Pinel Grand-Champ* admettent deux fois l'hérédité sur trois cas.

II.

De cette proposition il faudrait bien se garder de conclure que tout descendant d'aliéné devra nécessairement le devenir; j'établis seulement que parmi les personnes chez lesquelles se déclare l'aliénation mentale, l'on trouvera très-souvent des ascendans qui auront eu le malheur d'être entachés de cette désolante maladie.

III.

L'intermittence est une autre propriété de l'aliénation mentale. J'ai vu des aliénés qui le devenaient annuellement et à la même époque; d'autres avaient eu plusieurs repos de quatre ans; enfin, dans

les auteurs on lit des faits bien autrement extraordinaires, eu égard à l'intermittence.

IV.

L'invasion de la folie est souvent annoncée par des phénomènes précurseurs.

V.

La sensibilité est le plus ordinairement exaltée chez les aliénés; elle est souvent pervertie (d'où les hallucinations de la vue, de l'ouïe de l'odorat, du goût et du toucher) ; enfin, dans un grand nombre de cas, elle est, sinon tout à fait abolie, au moins singulièrement diminuée. Les observations arrivent en foule pour prouver cette assertion : je n'éprouve ici que l'embarras du choix ; cependant je ne puis m'empêcher d'en citer une qui a déjà été publiée dans de plus grands détails par M. *Fabre* de Puch, dans sa dissertation inaugurale :

Louis Buffé, âgé de quarante-sept ans, maniaque en traitement à l'hospice de Bicêtre, voulut un jour se sauver de l'établissement ; il fit une chute de trente pieds environ de hauteur. L'articulation tibio-tarsienne gauche fut tellement délabrée, et les accidens qui s'en suivirent devinrent si graves, qu'on ne put se dispenser de pratiquer l'ablation de la cuisse de ce côté. Cependant ce malheureux n'accusa jamais la moindre douleur depuis son accident, et l'amputation lui fut faite sans qu'il en eût la moindre connaissance. Mais ce qu'il y a de bien plus remarquable encore, c'est que cet infortuné, qui passait à la paralysie générale avant son accident, recouvra peu à peu toute sa raison, et sortit de l'hospice cinq mois plus tard entièrement guéri.

VI.

Plus que personne les aliénés présentent des circonstances où la *médecine organique* semble être complètement en défaut : ils offrent quelquefois, à l'autopsie, des altérations organiques énormes, tandis

que, pendant la vie, ils n'avaient offert presque aucuns symptômes capables de faire soupçonner ces mêmes altérations. J'ai observé à Bicêtre, conjointement avec mon collègue *Fabre*, que j'ai déjà cité, un fou qui, une demi-heure avant sa mort, remuait parfaitement ses deux bras, et qui, à l'autopsie, nous a présenté un énorme ramollissement de tout un hémisphère cérébral. Quoique fort extraordinaire, cette observation ne me surprend pas beaucoup plus que celle de cet aliéné qui, ayant une fracture de la clavicule (qu'il s'était faite lui-même), portait avec force et vitesse le bras malade sur sa tête, puis en avant, en arrière de la poitrine, et le faisait jouer comme un véritable moulinet. Comprend-on davantage comment cet autre fou, après s'être fracturé transversalement et d'une manière complète les deux rotules, en tombant sur les genoux, a pu se relever et courir, comme si de rien n'était, tandis que les fragmens étaient écartés de deux pouces d'un côté et de deux pouces et demi de l'autre? Certainement il y a dans ces faits de quoi anéantir les théories les plus belles et les mieux avérées; mais il faut en tirer cette conclusion : que, chez les aliénés, tout le système nerveux se trouve habituellement modifié, et que les lésions de ce système, *dans certains cas*, peuvent être portées assez loin, sans qu'elles donnent lieu à des phénomènes bien appréciables.

VII.

Le bégaiement précède ordinairement la paralysie générale. L'on sait que ce dernier état peut être considéré comme au-dessus des ressources de notre art.

VIII.

Les idées de bonheur et de richesses peuvent en quelque sorte être regardées comme le signe pathognomonique d'une folie incurable : tous les paralytiques aliénés croient avoir ou veulent faire croire qu'ils ont des millions de fortune.

IX.

Le plus grand nombre des aliénés et des épileptiques ressentent vivement les influences des variations atmosphériques.

X.

Il faut apporter la plus grande réserve dans l'emploi des émissions sanguines chez les aliénés.

XI.

Leur traitement doit être plus moral que physique. Souvent un médecin triomphera plus habilement de certaines folies par sa douceur et la confiance qu'il inspire, que par les remèdes que lui fournit la matière médicale.

XII.

Cependant les purgatifs et l'isolement des malades jouent un très-grand rôle dans la thérapeutique des aliénés. Il en est de même des bains et des affusions froides. Ce dernier moyen est de beaucoup préférable aux douches, qui doivent toujours être employées avec la plus grande circonspection, eu égard à la réaction qui les suit.

---

§ 2. *Du seigle ergoté dans les accouchemens.*

I.

Dans les cas d'inertie de l'utérus, dans ceux où la femme, épuisée par de longues douleurs et un travail laborieux, ne réclamant cependant ni le secours de la main ni celui du forceps, chez les primi-

pares enfin à fibres molles ou d'une mauvaise constitution, quand les douleurs languissent, il est utile de recourir à des médicamens internes, capables de déterminer les contractions de la matrice.

II.

Dans le nombre de ces médicamens le seigle ergoté doit être placé en première ligne.

III.

Convenablement administré, ce précieux médicament est loin d'avoir les funestes propriétés que certains auteurs lui ont attribuées.

IV.

Ce n'est probablement pas en agissant directement sur l'utérus que le seigle ergoté détermine ses contractions; c'est sans doute l'estomac qui est influencé le premier, et ce n'est qu'à l'étroite liaison, à la sympathie, en un mot, de ces deux viscères que l'on doit rapporter les phénomènes qui se passent vers la matrice.

V.

S'il fallait une preuve à l'appui de cette dernière proposition, je rappellerais ces digestions lentes et pénibles, ou au contraire, ces appétits excessifs que l'on rencontre souvent chez certaines leucorrhoïques et dont M. *Blatin*, dans son admirable monographie du catarrhe utérin, a rapporté plusieurs exemples; je citerais ces troubles nombreux de l'appareil gastrique chez presque toutes les femmes dans les premiers temps de la conception, ou chez celles dont l'utérus est en souffrance, comme dans les cas de polype ou de cancer de cet organe. Enfin, comme preuve bien plus irrécusable (puisqu'elle dénote non-seulement la sympathie de l'estomac avec l'utérus, mais encore le

mode d'action du seigle ergoté sur la muqueuse gastrique), je dirais que, dans six ou sept cas où il m'est arrivé d'employer ce médicament à l'hôpital Saint-Louis, les contractions utérines ne se sont franchement dessinées qu'après un ou deux vomissemens qui semblaient être leurs avant-coureurs obligés.

VI.

J'ai conseillé plus haut l'usage du seigle ergoté dans les cas où la femme est épuisée par de longues douleurs ou par un travail laborieux, ne réclamant cependant ni le secours de la main ni celui du forceps; j'ajouterai maintenant que, pour ce cas particulier, on devra faire précéder l'administration du médicament par une saignée du bras ou du pied, et par le séjour, pendant une heure, dans un bain tempéré. On préviendra souvent par ces derniers moyens la métropéritonite.

§ III. *Des maladies de la peau*

I.

Assister constamment au début d'une maladie de la peau, ou *dermatose*, est une chose difficile; la trouver, au contraire, dans sa période d'état, est une chose fort ordinaire. Il convient donc, dans une classification, d'abandonner un caractère aussi fugace que les lésions élémentaires, pour donner la préférence à cette manière de faire qui, s'appuyant sur tous les caractères de naissance, d'état et de terminaison de ces maladies, saisit leurs analogies et leurs ressemblances, les exploite habilement et réunit en différens *groupes naturels* les maladies qui ont le plus possible de caractères communs.

II.

De même qu'en botanique la classification des familles naturelles l'emporte beaucoup sur celles de *Tournefort* et même de *Linnæus*, ainsi M. *Alibert* a-t-il obtenu une supériorité marquée sur *Willan* et sur ceux qui l'ont suivi. En effet, l'auteur anglais, en ne s'appuyant que sur un seul caractère, a fait un véritable système artificiel, tandis que l'auteur des Dermatoses a établi une véritable méthode naturelle.

III.

La contagion n'est pas une chose démontrée dans les maladies de la peau, si l'on en excepte la gale et la teigne faveuse.

IV.

Il n'en est pas de même de l'hérédité, qui paraît souvent exercer sa fâcheuse influence dans ce genre de maladie.

V.

Il n'y a qu'une variété de forme entre l'herpès furfureux et l'herpès furfureux circinné. Je blâme *Willan* et ceux qui l'ont suivi dans ses descriptions, d'avoir fait deux espèces tranchées de ces deux variétés (*psoriasis* et *lepra vulgaris*). Souvent le même individu, et dans la même région du corps, offre des plaques de l'une et de l'autre de ces deux prétendues espèces ; enfin, j'ai vu souvent encore des plaques de psoriasis se convertir en *lepra*, *et vice versâ*.

VI.

La pommade au calomel est un précieux médicament dans certaines

variétés de dartres squameuses humides (*eczéma chronique* de *Willan*). Je l'ai vue entre autres réussir admirablement dans la dartre squameuse humide du sein. C'est cependant une des parties du corps où elle montre le plus d'opiniâtreté.

VII.

Dans les maladies dites *syphilides* ou *véroleuses*, le proto-iodure de mercure est un des médicamens dont l'action est la plus certaine. J'ai vu M. *Biett* en obtenir des effets vraiment miraculeux à l'hôpital Saint-Louis. J'ai depuis répété ses expériences, conjointement avec M. *Bérard* jeune, à l'hôpital Saint-Antoine; le succès ne s'est jamais démenti.

---

§ IV. *Des maladies des vieillards.*

I.

Laennec a dit (Traité de l'auscultation, etc., t. I, p. 479, deuxième édition.) « Il n'est pas très-commun de voir une péripneumonie se « greffer sur un catarrhe aigu; et dans les épidémies de pneumonie, « les sujets attaqués de catarrhes chroniques pituiteux ou muqueux, « sont peut-être moins souvent attaqués que les hommes tout à fait « sains. »

Je ne doute pas que cet illustre auteur n'eût émis la proposition toute contraire s'il eût observé dans les hospices de vieillards. J'affirme donc, en opposition avec lui, que la pneumonie, chez les personnes avancées en âge, commence *le plus souvent* par une bronchite, soit aiguë, soit chronique. Ce dernier cas est le plus ordinaire.

II.

Les hémorrhagies et les ramollissemens du cerveau sont deux ma-

ladies qu'on observe bien plus fréquemment chez les vieillards que chez les adultes.

III.

Jamais une attaque d'apoplexie (hémorrhagie cérébrale) n'a fait mourir subitement. Quelque forte qu'elle soit, les malades ont toujours deux ou trois heures d'agonie. Il n'y a qu'une exception à cette règle générale, elle va rentrer dans la proposition suivante.

IV.

Les morts subites reconnaissent pour causes principales tantôt une hémorrhagie de la protubérance annulaire ou du bulbe rachidien, tantôt une congestion cérébrale, tantôt une maladie du cœur, tantôt enfin une rupture de cet organe ou d'un très-gros tronc artériel. J'omets à dessein de parler des morts subites par causes externes, telles que la foudre, la commotion, etc., ou par l'ingestion de substances vénéneuses excessivement subtiles (l'acide hydrocyanique, par exemple). Je n'ai en vue dans ma proposition que les morts subites spontanées. Je ne la donne pas non plus comme nouvelle : elle appartient à M. le professeur *Rostan*, qui, depuis plusieurs années, a beaucoup insisté sur cette vérité dans ses cliniques à la Salpêtrière ; mais je la reproduis ici pour détruire complètement une erreur encore trop accréditée aujourd'hui, non-seulement dans le monde, mais même parmi la généralité des médecins, c'est-à-dire *qu'il existe un grand nombre d'apoplexies foudroyantes.*

V.

Quoi qu'en ait dit certain auteur, le ramollissement cérébral n'est pas toujours inflammatoire, et M. *Rostan* a eu raison d'en admettre deux espèces bien tranchées.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vita brevis, ars longa, occasio præceps, experimentum periculosum, judicium difficile. *Sct.* 1, *aph.* 1.

II.

Ad extremos morbos, extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

III.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Ibid.*, *aph.* 8.

IV.

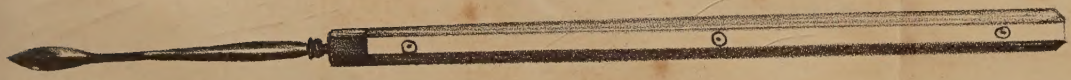
Senes facillimè jejunium ferunt; secundò ætate consistentes; minimè adolescentes; omnium minimè pueri; ex his autem qui inter ipsos sunt alacriores. *Ibid.*, *aph.* 13.

EXPLICATION DE LA PLANCHE.

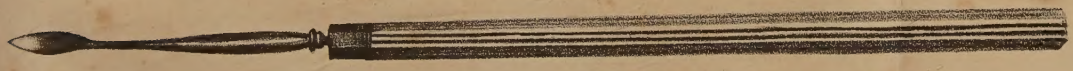
1. Aiguille (*réclinateur*) placée dans la chambre postérieure de l'œil au devant du cristallin, au moment où le troisième temps de l'opération va être pratiqué.
2. Réclinateur vu par sa face convexe ou antérieure.
3. *Id.* vu par sa face concave ou postérieure.
4. *Id.* vu par son côté tranchant.
5. Aiguille de M. *Dupuytren*.
6. *Id.* de *Scarpa*.

Fig. 1.

II

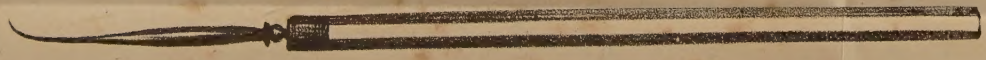


III

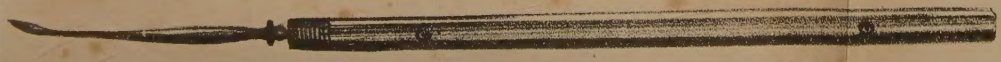


IV

V



VI



DE LA STUPIDITÉ

CONSIDÉRÉE

CHEZ LES ALIÉNÉS.